

Trabajo de fin de grado



Modalidad 4: Proyecto de emprendimiento

---

# Programa de intervención para mejorar la salud sexual en drogodependientes

---

Alumno: Pedro José Chaves Suazo

Tutor: Fco. Javier del Río Olvera

Grado de Psicología

Facultad de Ciencias de la Educación

Curso Académico 2018/2019



## Índice

Resumen.....	4
1. Descripción del proyecto .....	6
1.1 Antecedentes .....	6
1.2. Propuesta .....	12
1.3. Destinatarios.....	14
1.4. Evaluación del proyecto .....	15
2. Objetivos.....	16
2.1. Objetivo general .....	16
2.2. Objetivos específicos.....	16
3. Actividades .....	17
4. Discusión .....	27
5. Referencias bibliográficas .....	28
6. Apéndices .....	32



## **Resumen**

La salud sexual es un factor importante en la vida de las personas. Todo individuo tiene derecho a disfrutar de su sexualidad y del placer, y muy ligado con este placer está el consumo de sustancias. Las drogas se han consumido en ocasiones para mantener relaciones sexuales más satisfactorias o como automedicación para una disfunción sexual. Sin embargo, el consumo de forma crónica puede producir un deterioro en el funcionamiento sexual que puede mantenerse tras el abandono de la sustancia. Una sexualidad adecuada produce bienestar, disminuye el estrés y mejora la calidad de vida, y aun siendo una gran preocupación en drogodependientes, se descuida en la práctica clínica. Las actitudes acerca de la sexualidad, el erotismo o el desempeño sexual son factores que influyen en la vivencia de la sexualidad. Un programa de intervención afectivo-sexual puede mejorar el funcionamiento sexual en drogodependientes paliando así los problemas derivados de la adicción. Además, el hecho de que vivan su sexualidad de forma satisfactoria es un factor de protección y de prevención de recaídas. Se presenta un programa de esta índole de diez sesiones organizadas en diez semanas en un centro de tratamiento de drogodependencias para favorecer el éxito del tratamiento de los/as pacientes, que incluye sexualidad, relaciones de pareja, género, habilidades sociales y erotismo. El programa pretende mitigar la falta de este tipo de intervenciones en la realidad clínica, además de comprobar las consecuencias positivas derivadas de su implementación en los centros de tratamiento.

**PALABRAS CLAVE:** Sexualidad, drogas, intervención, adicción.

## **Abstract**

Sexual health is an important factor in the people's life. Everyone has the right to enjoy their sexuality and pleasure, which is linked to the consumption of substances. The drugs have been consumed at times for more satisfying sexual intercourse or as self-medication for a sexual dysfunction. However, the consumption in a chronic way produces a deterioration in sexual functioning that can be maintained after the abandonment of the substance. An adequate sexuality produces well-being, decreases stress and improves the quality of life, and even though it is a great concern in drug addicts, it is neglected in clinical practice. Attitudes about sexuality, eroticism or sexual performance are factors that influence the experience of sexuality. A program of affective-sexual intervention can improve the sexual functioning of drug addicts, alleviating the problems derived from addiction. In addition, living their sexuality satisfactorily is a factor of protection and prevention of relapses. A program is presented of this nature with ten sessions organized in ten weeks in a drug treatment centre to promote the success of the treatment of patients, which includes sexuality, relationships, gender, social skills and eroticism. The program expects to mitigate the lack of this type of intervention in clinical reality, as well as checking the positive consequences derived from its implementation in treatment centres.

**KEY WORDS:** Sexuality, drugs, intervention, addiction.

## **1. Descripción del proyecto**

### **1.1 Antecedentes**

La sexualidad tiene una importancia incuestionable en la vida del ser humano, ya que es un ser sexuado desde que nace hasta que muere, para quien realizar acciones para vivir la sexualidad de forma saludable es imprescindible para su bienestar (del Río, 2016). La Organización Mundial de la Salud (2006) define la salud sexual como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. El individuo tiene derecho a disfrutar plenamente de su sexualidad, y llevar a cabo acciones para conseguir su bienestar sexual y su placer.

A lo largo de la historia se ha demostrado el impacto de las normas sociales en este campo. A partir de decisiones personales se puede definir mucho más nuestra sexualidad que en la época de los antiguos hebreos o de los primeros cristianos, y con mayor objetividad que muchas sociedades no occidentales del mundo moderno. Con la mayor comprensión y aceptación de la diversidad sexual que se ha ido desarrollando en el siglo XX, se han obtenido mayores libertades y responsabilidades en la actualidad. En general, aceptamos la idea de que la salud sexual de una persona está relacionada con el conocimiento, la empatía y la tolerancia a la diversidad de las identidades y expresiones sexuales que forman parte de la condición humana (Crooks y Baur, 2000).

En la actualidad, se tiene una concepción biopsicosocial de la sexualidad, entendida no sólo desde factores biológicos, sino desde la interacción entre éstos y los factores psicológicos y socioculturales (López, 2005), enfatizando su carácter construido (Amezúa y Foucart, 2005). Sin embargo, el legado social y cultural que se ha venido transmitiendo de generación en generación todavía no ha superado creencias erróneas, que continúan ancladas en el imaginario colectivo, y que ponen de relieve la necesidad de una adecuada educación sexual (Lopez, 2005). Este conjunto de teorías explicativas sobre sexualidad conformadas por errores, mitos y tabúes, influyen a diario en las vidas de las personas y sus consecuencias son negativas para vivirla de una forma sana y satisfactoria (Barragán y Bredy, 1996). En este espacio sociocultural, se desarrollan actitudes acordes con estas ideas, que influyen sobre el funcionamiento sexual, por lo que es necesario alentar un cambio de actitudes para fomentar la salud sexual (Pérez del Río y Mestre, 2016).

Al igual que en el sexo, la búsqueda de placer también se encuentra en el consumo de drogas, y en ocasiones, se consumen para tener relaciones sexuales más placenteras o para aliviar síntomas que impiden tener una relación sexual satisfactoria, a pesar de que se ha demostrado que no hay ninguna sustancia que aumente el deseo sin afectar a otras funciones del organismo (Pérez, Mestre y del Río, 2012). En cuanto a las drogas, se hace necesaria una definición. La más aceptada en el ámbito terapéutico es la de Kramer y Cameron (1975): “Toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de este” (p.13). Una clasificación de estas sustancias puede ser la de Escohotado (2001) que las divide en tres grupos: las drogas depresoras del sistema nervioso central, como el alcohol o la heroína, las drogas estimulantes del sistema nervioso central, como la cocaína o la nicotina y las drogas psicodélicas, como el cannabis o el LSD. Las personas destinatarias de este trabajo presentan dependencia a las drogas por lo que se señala las pautas de diagnóstico del síndrome de dependencia según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992) en el **Cuadro 1.**

#### **Cuadro 1.**

##### **Síndrome de dependencia, según la CIE-10**

---

El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.
- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).
- e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia.

---

Fuente: OMS, 1992



El consumo de drogas y las relaciones sexuales están relacionadas, ya que el consumo produce un aumento del interés sexual, sin embargo, si se consume una dosis muy aguda o de forma crónica, acarrearán consecuencias indeseables de una mayor o menor gravedad sobre la conducta sexual tanto en hombres como en mujeres (Pérez, Mestre y del Río, 2012). Por otro lado, la mayoría de las sustancias depresoras producen tolerancia, de modo que tras varios consumos con las mismas dosis no se consigue el efecto buscado y aumentar la dosis les conduce a un estado de intoxicación que no permite una actividad sexual de éxito (Soulignac, Waber y Khazaal, 2011).

En ocasiones se escuchan a pacientes cuando explican cómo se convirtieron en adictos, mencionar que el abuso de sustancias, y la heroína en particular, comenzó como una forma de automedicación para la eyaculación precoz. Algunos usuarios compulsivos de cocaína pueden tener una actividad sexual intensa con varias personas durante su período de consumo agudo de cocaína, algunas veces con una duración de 4 o 5 días o incluso más (Soulignac, Waber y Khazaal, 2011). También es común que las personas consuman alcohol y otras sustancias para combatir la ansiedad por el rendimiento sexual, mejorar el rendimiento sexual o superar la disfunción sexual (Grover, Mattoo, Pendharkar y Kandappan, 2014).

A pesar de estos usos, la relación entre consumo y rendimiento sexual es negativa. Los hombres que fuman tabaco tienen una probabilidad de 1.6 veces mayor de desarrollar disfunción eréctil, en comparación con los no fumadores, y en las mujeres disminuye la excitabilidad y dificulta el orgasmo (Harte y Meston, 2008). El consumo excesivo de alcohol provoca problemas eréctiles, pérdida del placer y retraso o inhibición de la eyaculación en hombres y disminución de la excitación, ausencia de placer y anorgasmia en mujeres (Pérez, Borrás, Sánchez y Casaubón, 2006). El consumo de cocaína a largo plazo causa pérdida del deseo e inhibe la respuesta sexual, provocando disfunción eréctil en el hombre y falta de lubricación vaginal en la mujer (Cabello, 2010). En el caso de la heroína, su uso se asoció al deseo inhibido en el 75 por 100 de los hombres y 68 por 100 de las mujeres, también el retraso o la incapacidad de eyaculación afectan al 75 por 100, y los problemas de erección al 50 por 100 de los heroinómanos (Phala y Esteves, 2002). Cabe destacar la comparación que hacen muchos heroinómanos del consumo de heroína y un orgasmo, descritos como mucho más placenteros, sustituyendo en los/as adictos/as a la respuesta sexual y a ello se debe la aparición del bajo deseo sexual (Hurtado, 1997). Con respecto al consumo de cannabis, señalar que puede producir algunos problemas de erección y cierto desinterés sexual, pero parecen recuperarse a las pocas semanas de dejar de consumirlo (Pérez, Borrás, Sánchez y

Casaubón, 2006). El consumo de sustancias también propicia que las relaciones sexuales no sean seguras, con el peligro de transmitir infecciones o provocar embarazos no deseados (Pérez y Mestre, 2016).

En un estudio de Mestre (2002) se evaluaron las dificultades sexuales mientras se consumía y al dejar de consumir, donde se observó en los hombres un incremento en la eyaculación precoz, incluso 4 veces más que durante el consumo, una posible explicación es el efecto rebote que provoca la ausencia de consumo en cuanto al orgasmo masculino (Carabal, Baldwin y Lesmes, 2000). En el caso de las mujeres, aumentaban las dificultades para lubricar con el cese del consumo. En cuanto a las disfunciones sexuales presentes en personas que se encuentran en tratamiento de drogodependencias, un análisis indica los siguientes porcentajes: eyaculación precoz (44,3%), disfunción eréctil (36,7%), vaginismo (65,1%), anorgasmia (13,2), infrecuencia (49,3%), no comunicación (30,6%), insatisfacción (23,2%), evitación (23,5%) y no sensualidad (0,7%) (del Río y Cabello, 2014).

Se ha demostrado que el consumo de sustancias adictivas a largo plazo hace que las personas presenten más dificultades en la respuesta sexual que las personas que no han consumido. Y este deterioro se mantiene en el periodo de abstinencia, la respuesta sexual no mejora simplemente con el tiempo (del Río, 2014). Puede ser debido a que los daños neurológicos que ha producido la sustancia sean de larga duración (Jiann, 2008) o a que sin estar presente la sustancia, la conducta aprendida durante el tiempo de su consumo sigue estando presente y se sigue repitiendo, siendo la causante de la disfunción sexual (del Río, 2016). Sea como sea, es clara la importancia de trabajar en profundidad en los centros el área sexual de las personas en tratamiento.

Un funcionamiento sexual adecuado proporciona una sensación de bienestar psicológico, físico y social y es uno de los elementos más importantes de la calidad de vida de una persona (Khajehei, Doherty y Tilley, 2015), y esto también ocurre en los individuos no sanos, donde la carga subjetiva de la disfunción sexual puede ser tan alta como la carga de la enfermedad subyacente en sí misma, como se ha mostrado en pacientes con esquizofrenia (de Boer, Castelein, Wiersma, Schoevers y Knegtering, 2015). Las personas que consumen sustancias presentan una desestructuración importante en diversas áreas de su vida, incluida el área sexual (Pérez, 2011). Sin embargo, la conciencia de las disfunciones sexuales en drogodependientes sigue siendo baja en los profesionales de la salud y no se informan durante los ensayos clínicos (Kiguradze et al., 2017).

La conducta sexual se considera disfuncional en función de un criterio médico, un criterio psicológico, un criterio sociocultural, un criterio estadístico o normativo o/y un criterio subjetivo (Carrobles y Sanz, 1998). Influye especialmente el criterio sociocultural, ya que los modelos de sexualidad presentes en las películas o medios de comunicación son exagerados y ajenos a la realidad, por lo que junto a la falta de información, los pensamientos autodestructivos y las autoevaluaciones negativas, provocan que una respuesta discretamente desviada de lo que se considera “normal” conduzca a una fuerte sensación de fracaso, que se puede paliar recurriendo a un mayor consumo, lo que al mismo tiempo vuelve a influir negativamente en la sexualidad de la persona consumidora. Además, las mujeres que acuden a tratamiento de adicciones suelen tener un pasado de consumo relacionado con conductas de riesgo, abusos, violaciones e incluso prostitución. Sus modelos y vivencias personales implican experiencias negativas y presentan un déficit de autoestima, sumisión y complacencia hacia el hombre (del Río, 2016).

Todo ello hace que la sexualidad en las personas adictas se encuentra generalmente deteriorada y en muchas ocasiones sea un factor mantenedor de la adicción (del Río, 2016). Durante el proceso de abandono de una sustancia, aparecen una serie de miedos como preocupaciones relacionadas con la sexualidad, sobre la valía de uno/a mismo/a como amante, sobre la respuesta sexual o ideas erróneas acerca de lo que son las relaciones sexuales, que pueden entorpecer la recuperación (Pérez y Mestre, 2016). La insatisfacción en la vida sexual a menudo se asocia con la ira, el aumento de las tasas de violencia conyugal, menos calidez y unidad en las relaciones, las rupturas, todo lo cual a su vez puede empeorar el consumo (Prabhakaran, Nisha y Varghese, 2018). En los trastornos adictivos, la disfunción sexual es de gran relevancia clínica, ya que a menudo conduce a la falta de adherencia al tratamiento y a la falta de armonía sexual o marital. Sin embargo, a menudo se descuida y no se explora en la atención clínica de rutina. Es importante reconocer y tratar la disfunción sexual, ya que a veces es la única causa de que el tratamiento del trastorno sea inefectivo, además de los diversos factores de estrés psicosociales asociados (Grover, Mattoo, Pendharkar y Kandappan, 2014). El manejo adecuado de la disfunción sexual en el trastorno adictivo puede llevar a una reducción significativa del estrés del individuo y de la pareja en general y, a su vez, ser un aspecto crucial en el manejo general del trastorno adictivo (Sathyanarayana, Maheshwari, George, Chandran, Manohar, Rao, 2018).

Se debe tener en cuenta que el enfoque del tratamiento para la disfunción sexual en los trastornos adictivos no es únicamente la enfermedad, sino la pareja y la relación. Transmitir

el conocimiento sobre el trastorno adictivo, la disfunción sexual y la asociación de ambos es esencial (IsHak, 2017). La terapia sexual idealmente debería incluir al/a la paciente y al/a la compañero/a para un resultado satisfactorio. Debería incluir también el educar a las parejas, para evitar culpar al/a la paciente o a una/o misma/o por los problemas sexuales. Deben ser transmitidos conceptos básicos sobre las relaciones sexuales, como el hecho de que es un acto mutuo entre dos personas, y no es algo que un hombre le haga a una mujer o una mujer a un hombre (Masters y Jonhson, 1970). Además, es importante trabajar con las parejas ya que es habitual un deterioro de la comunicación y la confianza debido a la adicción de uno de los miembros, siendo conceptos claves para una buena relación y para las relaciones sexuales (del Río, 2016).

Por otro lado, el erotismo en la pareja y en uno/a mismo/a también se ve alterado y es parte del tratamiento. Esto es debido al uso de la sustancia para el éxito en el sexo, parejas que comparten una relación sexual tóxica, donde el consumo se vuelve esencial para desarrollar el erotismo, o el completo abandono de la sexualidad durante un largo período de tiempo debido a éste (Soulignac, Waber y Khazaal, 2011).

Como se comentó anteriormente, las actitudes que las personas tienen hacia la sexualidad influyen en la expresión de ésta, y es necesario tener una actitud positiva y abierta para poder enfrentarse a los problemas sexuales (Cabello, 2010). Además, las personas con un problema de adicción presentan actitudes hacia la sexualidad más negativas que el resto de las personas (del Río, Cabello, Cabello y López, 2012). De modo que dichas actitudes deben cambiarse y debe hacerse en un contexto educativo-terapéutico e involucrando experiencias que planteen revisar los propios valores (Pérez y Mestre, 2016). Por otro lado, es importante que la/el profesional sea consciente de cómo su propia actitud influye en la labor que desempeña, abordar los temas de forma objetiva y transmitir una visión positiva de la sexualidad, de esta forma puede además ser utilizada como herramienta educativa (Polster y Polster, 2001).

Las mujeres tienen una condición diferente a los hombres para acceder al programa de tratamiento debido a la estigmatización de la sexualidad de las mujeres, el posible maltrato recibido, el menor apoyo familiar y de la comunidad o la oposición de sus parejas al tratamiento, lo que hace necesario la inclusión de temas de género. También es conveniente potenciar los grupos de mujeres, al menos, en las primeras etapas de tratamiento, facilitando la identificación con iguales, ya que en los grupos mixtos los hombres suelen marcar la dinámica de la intervención (Castaños, Meneses, Palop, Rodríguez y Tubert, 2007). Trabajar

el género con personas con problemas de adicción es fundamental por sus actitudes sexistas. Tanto los hombres como sus parejas deben entender que las discriminaciones que se producen se deben a los prejuicios que desencadenan la definición de su género (del Río, 2016).

Considerando que gran parte de las personas con un problema de adicción tienen dificultades para relacionarse con otras personas sin estar bajo los efectos de una sustancia, y que en muchas ocasiones ha hecho uso de la sustancia con el fin de relacionarse, lo que genera que los/as pacientes adquieran hábitos inadecuados, se hace necesario que las personas en tratamiento adquieran o mejoren sus habilidades sociales y modifiquen dichos hábitos. Esto motiva a crear nuevas relaciones sociales fuera del ámbito de consumo y relaciones de pareja más sanas, además de ganar seguridad necesaria en las relaciones sexuales (del Río, 2016).

Por último, hay que tener en cuenta que el/la terapeuta se tiene que enfrentar a su propia preparación, ya que debe de conocer su propia sexualidad, lo que transmite, cómo lo transmite y se comporta, antes de abordar el tratamiento. Es necesario que sus actitudes reflejen la misma idea que quiere transmitir verbalmente, ya que influirá en la reacción y percepción de las/os pacientes. Debe de ser un/a modelo y hacer un esfuerzo por detectar los propios prejuicios y superarlos. Por otro lado, para evitar el abandono del tratamiento es importante la alianza terapéutica, y para ello son primordiales una serie de actitudes que debe presentar la/el terapeuta como lo son la empatía, el respeto de gustos y deseos, la tolerancia de situaciones y comportamientos, la igualdad de género y la libre expresión de pensamientos, sentimientos y actitudes (del Río, 2016).

No se han encontrado proyectos similares en los motores de búsqueda haciendo uso de las palabras clave: “intervención”, “sexo” y “drogas”, por tanto, se desconocen las posibles limitaciones que pueden encontrarse. Sin embargo, se han usado como guía los programas de tratamiento que incluyen el libro de Pérez y Mestre (2016) *Drogodependencias y sexualidad* y el libro de Del Río (2016) *Tratamiento de la sexualidad en las adicciones*.

## **1.2. Propuesta**

El programa de intervención se plantea de forma grupal compuesta por 20 participantes aproximadamente, con una duración de 10 semanas, impartiendo una sesión a la semana. Las sesiones tendrán una duración de hora y media, excepto la última sesión que durará una hora. Las sesiones están diseñadas de forma dinámica y participativa. Las 6 primeras sesiones del programa son sobre temas relacionados directamente con la sexualidad, la 7ª sesión es sobre

relaciones de pareja, la 8ª de habilidades sociales, la 9ª sobre género y la 10ª sesión trata sobre erotismo. A continuación, se desarrolla el cronograma en el **Cuadro 2**.

## Cuadro 2.

Cronograma.

	Semanas													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	...	13	...	27
Pre-test														
Sesión 1														
Sesión 2														
Sesión 3														
Sesión 4														
Sesión 5														
Sesión 6														
Sesión 7														
Sesión 8														
Sesión 9														
Sesión 10														
Post-test														

Todas las sesiones son dirigidas por un/una profesional de la sexología. En cuanto al presupuesto del programa, se detalla la información en la **Tabla 1**.

**Tabla 1.**

Presupuesto.

<b>Recursos humanos</b>	<b>P/U</b>	<b>Unidades</b>	<b>Total</b>
Profesional de la sexología	80€/sesión	10	800€
<b>Recursos materiales</b>			
Paquete de folios	2.50€	1	2.50€
Bolígrafo	0.30€	40	12€
Reproductor CD	39.99€	1	39.99€
Antifaz	0.45€	40	18€
Perfume hombre	5.99€	1	5.99€
Perfume mujer	5.99€	1	5.99€
Nata para montar 1L	2.98€	1	2.98€
Pack moldes de papel de magdalena	3.40€	1	3.40€
Caja de bombones 800gr	8.95€	1	8.95€
Total.....			899,80€

### 1.3. Destinatarios

Se propone la intervención para un centro de tratamiento de adicciones, siendo la participación voluntaria, tanto para las personas en tratamiento como para las parejas, no siendo motivo de exclusión del programa el no tener pareja.

De modo que los criterios de inclusión son los siguientes:

- Ser paciente en un centro de tratamiento de adicciones en tratamiento de drogodependencias.
- Ser pareja o tener relaciones sexuales de forma no esporádica con una persona que cumpla el criterio anterior.
- Querer participar voluntariamente en el programa.

Y los criterios de exclusión son:

- No pertenecer a un centro de tratamiento de adicciones.

#### 1.4. Evaluación del proyecto

Para medir la efectividad de la intervención se hace uso del autoinforme *Changes in Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14)* (Keller, McGarvey, Clayton, 2006), que mide los cambios en la función sexual asociados a un tratamiento. Mide cinco dimensiones de la función sexual: deseo sexual/frecuencia, deseo/interés sexual, placer, arousal/excitación y orgasmo. Además, esta versión corta, da puntuaciones para tres escalas correspondientes a las fases de la respuesta sexual (deseo, excitación y orgasmo). Consta de una versión para la mujer y otra para el hombre con 14 ítems cada una. Se contesta a una escala tipo Likert de 5 opciones de respuesta. Tiene buena fiabilidad, validez convergente/divergente y validez discriminante. Se administra su versión validada en castellano (Paz et al., 2011) (véase Apéndices B y C).

El cambio de actitudes respecto a la sexualidad también se considera determinante para la valoración del proyecto, por lo que se hace uso de la *Encuesta Revisada de Opinión Sexual (EROS)* (Del Río, López y Cabello, 2013), una modificación del cuestionario *Sexual Opinion Survey* (Fisher, Byrne, White, Kelley, 1988), donde eliminan su sesgo homofóbico que presentaban algunos de sus ítems. Evalúa un concepto bipolar, erotofilia-erotofobia, definida como la disposición aprendida a responder ante estímulos sexuales a lo largo de un continuo con un polo positivo y otro negativo. Consta de 20 ítems que se contestan en una escala tipo Likert con 7 opciones de respuesta (véase Apéndice D).

También se dedica una parte del proyecto a las habilidades sociales, por ello serán evaluadas a través de la Escala de Habilidades Sociales (EHS) (Gismero, 2000), compuesta por 33 ítems que exploran la conducta habitual del sujeto en situaciones sociales concretas valorando sus habilidades. Dispone de un índice global y permite identificar las áreas más problemáticas con 6 subescalas: Autoexpresión en situaciones sociales, Defensa de los propios derechos como consumidor, Expresión de enfado o disconformidad, Decir "no" y cortar interacciones, Hacer peticiones e Iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.

Para la evaluación de los talleres por parte las/os usuarias/os, se registrarán sus valoraciones al finalizar cada sesión, a modo de evaluación continua, respondiendo a un cuestionario ad hoc que consta de 4 cuestiones (véase Apéndice A). Este cuestionario es útil para su reflexión sobre lo aprendido en el taller, para saber qué ha sido beneficioso para los/as pacientes y su valoración de la sesión y para que aporten sugerencias para futuras intervenciones.



Para la evaluación del propio/a terapeuta y el registro de posibles incidentes, errores, aspectos a mejorar y aspectos positivos, es muy útil hacer uso de un diario de campo, para que, a medida que se vayan realizando otras ediciones de los talleres, se pueda mejorar y adaptar a las diferentes personas.

## 2. Objetivos

### 2.1. Objetivo general

Favorecer el bienestar de los/as pacientes con su sexualidad con el fin de beneficiar el éxito del tratamiento de drogodependencias.

### 2.2. Objetivos específicos

A continuación, se exponen los objetivos específicos del proyecto, cómo se comprueba su consecución y en qué medida.

**Tabla 2**

Objetivos específicos

Objetivos	Evidencia	Cuánto	Cuándo
Mejorar el funcionamiento sexual de las/os pacientes.	Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ).	Un incremento de 5 percentiles en la puntuación total en al menos el 75% de asistentes.	Antes de la intervención, al finalizar la intervención, a los 3 meses y a los 6 meses.
Aceptación positiva de la sexualidad frente a rechazo o miedo.	Encuesta Revisada de Opinión Sexual (EROS).	Un incremento de 5 puntos en al menos un 75% de participantes.	Antes de la intervención, al finalizar la intervención y a los 6 meses.
Aprender habilidades para relacionarse de forma adaptativa.	Escala de habilidades sociales (EHS)	Un incremento de 5 percentiles en la puntuación total en al menos el 75% de asistentes.	Antes de la intervención, al finalizar la intervención y a los 6 meses.

Los cambios en el CSFQ y EHS se miden a través de percentiles, mientras que en el cuestionario EROS a través de su puntuación, donde se puede obtener entre 0-120. El cuestionario EHS se encuentra en el apéndice E.

### **3. Actividades**

#### **Sesión 1**

##### **Objetivos**

- Evaluar las actitudes y el funcionamiento sexual.
- Crear un ambiente adecuado.
- Adquirir un concepto amplio de lo que es la sexualidad.

##### **Contenidos**

- Evaluación pre-intervención.
- Presentación del programa.
- La sexualidad humana.

##### **Recursos materiales**

Cuestionarios CSFQ, EROS y EHS de forma impresa, copias del apéndice F.

##### **Duración**

1 hora y media.

##### **Procedimiento**

- Se evalúa a las/os asistentes a través de los cuestionarios CSFQ, EROS y EHS.
- Se presenta el/la profesional, se explican los objetivos del proyecto. Para crear un ambiente adecuado se debe instar a las/os pacientes a mantener la confidencialidad, hablar con franqueza, implicarse personalmente, elegir una forma de comunicación anónima cuando sea necesario, reclamar su derecho a recibir una respuesta a sus preguntas, respetar las opiniones, tener libertad de pensamiento y recordarles su derecho a sentirse incómodos o pasar de una tarea si no quieren realizarla. Se recomienda la lectura de *Educación sexual de adolescentes y jóvenes* (López, 1995) al/a la profesional.
- Se lee una cita de Fernando Savater (1991) y se hacen unas preguntas para reflexionar sobre ella (véase apéndice F). Debe dejarse constancia de la naturaleza no instintiva de la sexualidad humana y de la influencia de diferentes factores en la formación de una expresión sexual única en cada sujeto.

#### **Sesión 2**

##### **Objetivos**

- Definir conceptos relacionados con la sexualidad.
- Fomentar actitudes positivas sobre la sexualidad y la tolerancia a la diversidad.
- Conocer las funciones de la sexualidad humana.
- Integrar la idea de que todo nuestro cuerpo es fuente de placer.

### **Contenidos**

- Conceptos relacionados con la sexualidad y la diversidad sexual.
- Funciones de la sexualidad
- Zonas erógenas.

### **Recursos materiales**

1 folio y 1 bolígrafo por participante, copias por pareja del apéndice H.

### **Duración**

1 hora y media.

### **Procedimiento**

- En primer lugar, los participantes y el/la profesional de forma conjunta definen los siguientes conceptos: sexo, género, identidad sexual, expresión de género, sexo biológico, orientación sexual. Junto al grupo, se ponen ejemplos de personas con diferentes expresiones de género y orientaciones sexuales, desmitificando los estereotipos sexuales (como el estereotipo de hombre homosexual femenino).
- Explicar las funciones y posibilidades que ofrece la sexualidad humana: placer, reproducción y comunicación.
- En parejas, se dispondrá de un folio con dibujos del cuerpo masculino y femenino y se marcarán las zonas erógenas (véase apéndice H), luego, se debatirá sobre ello con todo el grupo. Es importante remarcar la gran fuente de placer que supone la piel y la desvinculación del acto sexual con los genitales de forma exclusiva.

## **Sesión 3**

### **Objetivos**

- Conocer las diferentes partes de los genitales sexuales y su relación con el placer.
- Aprender cómo responde el cuerpo masculino y femenino ante estimulación sexual.
- Descubrir la relación de la sexualidad y las drogas.

### **Contenidos**

- Genitales sexuales.

- Respuesta sexual.
- Las drogas y la respuesta sexual.

### **Recursos materiales**

Proyector, ordenador, apéndice G.

### **Duración**

1 hora y media.

### **Procedimiento**

- Presentar los genitales femeninos y masculinos, internos y externos, y sus zonas más sensibles (véase apéndice G). Es momento para pedir la colaboración con vivencias personales sobre la experiencia con las diferentes zonas de los genitales y los diferentes gustos, y para aclarar algunos mitos (por ejemplo, si el tamaño importa).
- Explicación de las fases de la respuesta sexual humana (deseo, excitación, orgasmo y resolución) marcando las diferencias entre los sexos y las implicaciones que tiene a la hora de entender mejor a nuestras parejas.
- Exponer cómo afectan las principales drogas motivo de adicción en los/as integrantes del grupo (tabaco, alcohol, heroína, cocaína) a la respuesta sexual y dar oportunidad para expresar vivencias propias.

## **Sesión 4**

### **Objetivos**

- Familiarizarse con el miedo y la ansiedad.
- Detectar y nombrar los miedos y preocupaciones sobre nuestra sexualidad para hacerlos conscientes.
- Conocer y comprender los miedos, saber cómo influyen en mi vida y hacerles frente.

### **Contenidos**

- Reflexión sobre los miedos acerca de la sexualidad.
- Compartir nuestros miedos.
- Debate sobre los miedos.

### **Recursos materiales**

1 folio y 1 bolígrafo por participante.

### **Duración**

1 hora y media.

### **Procedimiento**

- Exposición a modo de introducción de lo que es el miedo, su función y su valor, del miedo patológico y la ansiedad y de los beneficios de hablar sobre los miedos.
- A nivel individual se responde por escrito a estas cuestiones: ¿Qué miedos o complejos tengo sobre mi sexualidad? ¿Qué me impiden y me permiten estos miedos?
- Se comparten las respuestas en grupos de 4 ó 5 personas. Es importante que todos/as participen y que algún/a encargado/a anote lo comentado para exponerlo más tarde.
- Se expone lo comentado a todo el grupo y se plantean las siguientes cuestiones para responder en voz alta: ¿Cómo os habéis sentido al hablar todo esto y compartirlo con otras personas? ¿Son miedos parecidos o diferentes? ¿De qué os habéis dado cuenta?
- Sobre algunos miedos compartidos que aparezcan o alguno que sea delicado, se pregunta al gran grupo: ¿Qué le dirías a una persona que tiene ese temor o complejo? Quien desee participar lo debe hacer sin juzgar, considerándolo como una opinión personal.

## **Sesión 5**

### **Objetivos**

- Comprender la relación pensamientos-emociones-comportamientos.
- Detectar creencias negativas sobre la sexualidad.
- Detectar pensamientos negativos.

### **Contenidos**

- Modelo ABC.
- Creencias sobre la sexualidad que puedan causar miedos.
- Descubrir pensamientos erróneos.

### **Recursos materiales**

1 copia del apéndice I por participante, bolígrafos.

### **Duración**

1 hora y media.

### **Procedimiento**

- Se expone que detrás de los miedos y demás emociones, hay unas creencias y una serie de pensamientos que lo mantienen. Se explica a través del modelo ABC<sup>1</sup>, formando la secuencia de antecedentes, cogniciones y consecuencias y su retroalimentación, y se cuestiona cómo influye nuestra interpretación de un hecho más que el hecho en sí. Es ideal poner ejemplos relacionados con la sexualidad.
- Individualmente, se escriben ideas o creencias que puedan causar miedos o inseguridades respecto a la sexualidad poniendo ejemplos como: “Si no acabamos en orgasmo, será un fracaso” o “Tengo que estar siempre a la altura”.
- Se exponen estas creencias y se debate en el grupo grande sobre las consecuencias que puedan tener esas creencias y aclarar lo que hay de cierto y lo que hay de mito en ellas.
- Se reparte individualmente una hoja con un ejercicio, formada por una tabla sobre algunos mecanismos de pensamientos erróneos y ejemplos de pensamientos negativos para que las/os participantes escriban el tipo de mecanismo y un pensamiento alternativo (véase apéndice I). A continuación, quienes quieran participar exponen sus respuestas.

## **Sesión 6**

### **Objetivos**

- Favorecer el autoconocimiento.
- Descubrir los deseos personales y valorar su importancia.
- Disminuir la asociación error-fracaso y favorecer la de error-aprendizaje.

### **Contenidos**

- Detecto mis necesidades.
- El error como parte de la vida.

### **Recursos materiales**

Ninguno.

### **Duración**

1 hora y media.

### **Procedimiento**

---

<sup>1</sup> El modelo A-B-C fue propuesto por Alberto Ellis (1962) donde A representa los acontecimientos observados por el sujeto, B representa "Belief" (creencia) o interpretación del evento observado, y C representa las consecuencias emocionales de las interpretaciones (B).

- El grupo se sienta en círculo con los ojos cerrados. Se pide que centren su atención en la respiración y en observarse a sí mismos/as. Se invita a una serie de reflexiones como:

1. Observa cómo te sientes ahora mismo. Los sentimientos no son buenos ni malos, nos dan información. Qué emociones vives con más frecuencia últimamente.
2. ¿Cuáles son tus deseos? No te centres en lo que te han dicho que debe ser normal o esperable, sino tus deseos. ¿En qué no estás satisfecha/o? ¿Cómo contribuir a que ese deseo ocurra?

Luego, se elige a un/a compañero/a y se realiza contacto con la mirada. Se preguntan cuáles son sus deseos, sin entrar en discusión, una/o habla y la otra/o escucha. Habrá un cambio de parejas y se repite la acción. Luego, pueden exponer lo que ha surgido o lo que han sentido durante el ejercicio. Por último, se invita a escribir 3 deseos que les gustaría que cumpliera su pareja, como recibir un masaje, o un deseo sobre autoerotismo en el caso de las personas sin pareja, como probar un juguete nuevo. Estos deseos pueden cumplirse cuando apetezca a lo largo de la semana. Las parejas se intercambiarán los papeles para cumplir los deseos de la otra.

- Plantear al grupo las siguientes cuestiones:
  1. ¿Quién no se ha equivocado nunca? (Luego se expone que el error es parte de la vida.)
  2. ¿En qué momento sabes que te has equivocado? (Normalmente nos damos cuenta después de la acción, algunas veces podríamos prevenirlos pensando en las consecuencias, otras veces es imposible a priori.)
  3. ¿Cómo reaccionas cuando algo te sale mal? ¿Qué consecuencias tienen esas reacciones para ti y las personas próximas?
  4. Pon un ejemplo de un error, ¿cómo lo manejaste?
  5. ¿Qué ventajas tiene equivocarse? (Para evitar la frustración o decepción que puede suponer no conseguir una meta, hay personas que evitan siquiera intentarlo. Quien no se equivoca no aprende.)

## **Sesión 7**

### **Objetivos**

- Aumentar la autoestima.
- Mejorar la convivencia en pareja.

- Practicar la resolución de conflictos.

### **Contenidos**

- Dar mi afecto.
- Juego del bosque.
- Mi parte del conflicto.
- Ejercicio de las miradas

### **Recursos materiales**

Folios, bolígrafos, copias del apéndice J.

### **Duración**

1 hora y media.

### **Procedimiento**

- Cada persona tiene que cortar 3 trozos pequeños de papel y en ellos escribir un piropo a cualquier compañera/o, una vez escritos los entregan y pueden esperar a que lo lean los/as destinatarios/as y respondan como consideren oportuno. Cada papel debe entregarse a alguien distinto. Una vez finalizado, se reflexiona sobre lo sencillo que resulta lanzar un piropo a las personas a las que tenemos aprecio y lo bien que sienta recibirlos.
- Los/as participantes se ponen por parejas, las parejas presentes estarán juntas. Se expone una situación en la que ambos deben pasar 5 días en un bosque perdido y deben de ponerse de acuerdo para elegir 9 objetos de una lista de elementos (véase apéndice J). Una vez llegados a un acuerdo, se expone al grupo grande las dificultades que han tenido y cómo la han resuelto.
- Manteniéndose las parejas, se pide que recuerden el último conflicto que tuvieron (en caso de las personas sin pareja pueden pensar en un conflicto con cualquier familiar o amistad). Cada persona debe de describir el conflicto de forma escrita desde su propia perspectiva, qué sintió y qué esperaba de la otra persona. A continuación, deben de escribir lo que piensan que hicieron mal, cómo podrían haberlo hecho mejor y su responsabilidad en el conflicto. Se deja unos minutos más para que las parejas expongan lo escrito sin que la otra persona pueda interrumpir su diálogo. Se anima a las personas que no tengan pareja a comunicar lo escrito a la persona involucrada una vez terminada la sesión.



- Por último, las parejas llevan a cabo el ejercicio de la mirada durante 5 minutos, donde ambos deben de mirarse a los ojos. Se informa de que al principio pueden sentirse incómodas/os, pero es importante que mantengan la mirada y a medida que transcurra el ejercicio descubrirán nuevas sensaciones en la mirada de su compañera/o. Una vez concluido, pueden expresar sus sensaciones al grupo.

## **Sesión 8**

### **Objetivos**

- Aprender habilidades que permitan relacionarse de forma adaptativa.
- Saber expresar sentimientos positivos y negativos adecuadamente.
- Aprender a rechazar lo que no se quiere de forma asertiva.
- Poner en práctica habilidades aprendidas.

### **Contenidos**

- Habilidades sociales.
- Decir “no”.

### **Recursos materiales**

Ordenador, proyector, apéndice K.

### **Duración**

1 hora y media.

### **Procedimiento**

- Se comienza definiendo las habilidades sociales, las diferentes formas de comunicación (verbal, no verbal y paraverbal) y sus elementos, pasando a explicar los 3 tipos de estilos de respuesta (asertiva, pasiva y agresiva) y cómo hacen uso de estos elementos (véase apéndice K). Luego, se introducen los conceptos de escucha activa y el de libre información.
- Se explica cómo rechazar algo de forma que parezca firme y convincente. La dificultad está en no querer defraudar a la otra persona por no decepcionar o perder la pertenencia al grupo, siendo la persona asertiva la que mejor integración social consigue. Se añade la técnica del sándwich y se pone un ejemplo con alguna participante.
- Se recuerda lo explicado durante la sesión, sobre todo, los conceptos de escucha activa y libre información, para pasar a ponerlos en práctica. Se trata de que los/as

participantes se pongan de pie e interaccionen con personas desconocidas en el grupo, se establezca un tema como “Qué hicieron el pasado fin de semana”, e intenten hacer un uso correcto del lenguaje verbal y no verbal, prestando atención a la otra persona y aportando libre información para que la conversación siga el hilo. Transcurridos 5 minutos se hará un intercambio de parejas, siendo en total 3 conversaciones diferentes las que tendrá cada persona.

## **Sesión 9**

### **Objetivos**

- Identificar elementos que determinan la desigualdad.
- Promover igualdad en las relaciones.
- Cuestionar las creencias que sustentan las posiciones de hombre y mujer.

### **Contenidos**

- Estereotipos de hombre y mujer.
- Micromachismos.
- Mitos sobre el amor.

### **Recursos materiales**

Folios, bolígrafos, copias del apéndice L, apéndice M.

### **Duración**

1 hora y media.

### **Procedimiento**

- Se comienza la sesión leyendo las características de dos personas, preguntando si creen que se trata de un hombre o de una mujer, generando debate.

La persona 1 es fuerte, valiente y activa sexualmente. La persona 2 es presumida, delicada y emocional.

Luego, se explican lo que son los estereotipos de género y se forman grupos mixtos de 4 para continuar formando una lista de características que la sociedad atribuye a un género u otro. Por último, se reflexiona en grupo si estas características contribuyen a la desigualdad y si es posible modificarlas.

- Se mantienen los grupos de 4. Se explica qué son los micromachismos<sup>2</sup> y sus consecuencias. Se dará una lista con tipos de micromachismos y tendrán que escribir al menos 3 posibles micromachismos, que cuando sea posible sea de experiencia propia (véase apéndice L).
- Con todo el grupo en pie, se forma una fila en mitad de la sala. Se expone una serie de frases sobre mitos del amor y quienes estén de acuerdo darán un paso a la derecha y quienes no, a la izquierda. Cuanto más cerca se sitúen de la pared, significará que más de acuerdo o desacuerdo están con la frase. Tras cada posicionamiento inicial se explica el mito (véase apéndice M).

## **Sesión 10**

### **Objetivos**

- Despertar erotismo en la propia corporalidad.
- Promover actitudes positivas de la sexualidad.

### **Contenidos**

- Las actitudes y su influencia en la sexualidad.
- Dinámica: Erotizando los sentidos.
- Evaluación post-tratamiento.

### **Recursos materiales**

Reproductor CD, proyector, antifaces, perfume de hombre, perfume de mujer, nata, moldes de papel de magdalenas pequeñas, bombones.

### **Duración**

1 hora.

### **Procedimiento**

- Se explica qué son las actitudes y sus manifestaciones, aclarando que son productos de nuestra experiencia y son modificables y cómo influyen en la sexualidad.
- Dinámica: Los/as participantes se tapan la vista con antifaces. Se alienta a la libre imaginación durante la sesión. Se pone una sesión de música erótica que dure toda la

---

<sup>2</sup> Según Luis Bonillo (1995) los micromachismos son conductas sutiles y cotidianas que constituyen estrategias de control y microviolencias que atentan contra la autonomía personal de las mujeres y que suelen ser invisibles o, incluso, estar perfectamente legitimadas por el entorno social.

actividad, se recomienda Lofi hip hop o Jazz. Se pide que hagan 2 respiraciones profundas y luego, se concentren en su respiración, que ha de ser calmada.

Se comienza, acercando papel de folio impregnado de perfume de hombre, ayudando a las/os integrantes a sujetarlo ya que tendrán los ojos tapados, y pidiendo que los olfateen. A continuación, lo mismo con el perfume de mujer, permitiendo al menos 3 minutos de margen con cada uno.

Después se unirán las manos por parejas y se indicará que, por turnos, durante al menos 3 minutos, tienen que acariciar a la pareja de la forma que guste desde la mano hasta el antebrazo.

Luego se pasa a la nata, que se depositará en los moldes de papel y se repartirán a los/as participantes, permitiendo que saboreen el contenido como les plazca, y a continuación, lo mismo con los bombones, dejando al menos 5 minutos de imaginación con cada uno.

Por último, se retiran los antifaces y se ponen una serie de imágenes con contenido erótico, con al menos 10 segundos entre cada una. Debe aparecer diversidad sexual, funcional y de edad.

- Se vuelven a administrar los cuestionarios EROS, CSFQ y EHS.

#### **4. Discusión**

La sexualidad es un factor importante en la vida de las personas, además de ser un amortiguador del estrés (Ortega, 2007). El proceso de deshabituación en las personas drogodependientes conlleva un gran esfuerzo por parte de los/as pacientes y una lucha contra la fuerza de la adicción, donde factores como el estrés o el bienestar sexual pueden influir en la motivación para el tratamiento de las adicciones. La presencia de problemas en el entorno sexual de las personas en proceso de abandono del consumo y la importancia de una sexualidad satisfactoria en la adherencia al tratamiento (Grover, Mattoo, Pendharkar y Kandappan, 2014), hace necesario la implementación de programas de intervención afectivo-sexual en las personas en tratamiento.

Un programa completo que integra la sexualidad, las habilidades sociales, las relaciones y el género, aporta seguridad a las personas para vivir sus relaciones sexuales de forma plena desde las primeras interacciones hasta el acto sexual. Junto con el erotismo que se promueve, se forman actitudes erotofílicas que convierten al sexo en algo atractivo y libre de ataduras

para las personas con problemas de adicción y deja de ser un problema del que deben de preocuparse.

La novedad de estos hallazgos y la falta de estudios que validen su veracidad son el motivo de que no se lleven a cabo estas intervenciones en la realidad clínica. Por ello, programas como el presentado en este trabajo de fin de grado son necesarios de implementar y evaluar para conocer la mejoría del funcionamiento sexual de las/os pacientes en tratamiento y si realmente previene de recaídas y conduce al éxito en la superación de las adicciones a sustancias.

## 5. Referencias bibliográficas

- Amezúa, E. y Foucart, N. (2005). El libro de los sexos V: Educación sexual. Guía para el profesorado. Primera y segunda parte: Bases teóricas y esquemas generales. *Revista Española de Sexología*, 127-128.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Barragán, F. y Bredy, C. (1996). *Niños, niñas, maestros, maestras: Una propuesta de educación sexual*. Sevilla, España: Díada Editora.
- Bonino, L. (1995). Desvelando los micromachismos en la vida conyugal. En J. Corsi (Eds.), *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención* (pp. 191-208). Buenos Aires: Paidós.
- Cabello F. (2010). *Manual de sexología y terapia sexual*. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Carabal, E., Baldwin, E. y Lesmes, J. (2000). Alcohol y narcóticos: Efectos en la función sexual, en J. Bobes, S. Dexeus y J. Gilbert (coords.), *Psicofármacos y función sexual*, Madrid, España: Ediciones Diaz de Santos.
- Carrobbles, J. A. y Sanz, A. (1998). *Terapia sexual*. Madrid, España: Universidad nacional de educación a distancia. Fundación universidad de empresa.
- Clayton A. H., McGarvey E. L. y Clavet G. J. (1997). The changes in sexual functioning questionnaire (CSFQ): Development, Reliability and Validity, *Psychopharmacology Bulletin* 33(4), 731-745.
- Crooks R y Baur K (2000). *Nuestra sexualidad*. México, DF: International Thompson.

- De Béjar, S. (2011). *Tu sexo es tuyo*. Barcelona, España: Planeta.
- De Boer M. K., Castelein S., Wiersma D., Schoevers R. A. y Knegtering H. (2015). The Facts About Sexual (Dys)function in Schizophrenia: An Overview of Clinically Relevant Findings. *Schizophrenia Bulletin*, 41(3), 674–686.
- Del Río, F. J. (2014). *Tipos de respuesta sexual y adicción a sustancias* (tesis doctoral). Universidad de Almería, Almería, España.
- Del Río, F. J. (2016). *Tratamiento de la sexualidad en las adicciones*. Madrid, España: Síntesis.
- Del Río, F. J., López D. J. y Cabello F. (2013). Adaptación del cuestionario Sexual Opinion Survey: Encuesta Revisada de Opinión Sexual. *Andrología*, 11(1), 1-44.
- Del Río, F. J., Cabello F., Cabello M. A. y López D. J. (2012). SOSPECHA (Sexual Opinion Survey en Población Española Con Historial de Adicciones). *Revista Internacional de Andrología* 10(4), 125–131.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Oxford, Reino Unido: Lyle Stuart.
- Escohotado, A. (2001). *Historia general de las drogas*. Madrid, España: Editorial Espasa Calpe.
- Fisher W. A., Byrne D., White L. y Kelley K. (1998). Erotophobia – Erotophilia as a dimension of personality. *The Journal of Sex Research*, 25, 123-151.
- Gismero E. (2000). *Escala de habilidades sociales*. Madrid, España: TEA Ediciones.
- Grover S., Mattoo S. K., Pendharkar S. y Kandappan V. (2014). Sexual dysfunction in patients with alcohol and opioid dependence. *Indian Journal Psychological Medicine*, 36, 355-365.
- Harte C. B. y Meston, C. M. (2008). The inhibitory effects of nicotine on physiological sexual arousal in non-smoking women: Results from a randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover trial. *The Journal of Sexual Medicine*, 5, 1184-1197.
- Hurtado F. (1997). *Sexualidad: funcionamiento normal, trastornos y tratamientos*. Valencia, España: Promolibro.
- Castaños M., Meneses C., Palop M., Rodríguez M. y Tubert S. (2007). *Intervención en drogodependencias con enfoque de género*. Madrid, España: Instituto de la mujer.

- IsHak W. (2017), *The Textbook of Clinical Sexual Medicine*. Cham, Switzerland: Springer.
- Jiann B. P. (2008). Erectile Dysfunction Associated with Psychoactive Substances. *Chonnam Medical Journal*, 44, 117-124.
- Keller A., McGarvey E. L., Clayton A. H. (2006). Reliability and construct validity of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire short-form (CSFQ-14). *Journal Sex and Marital Therapy*, 32(1), 43-52.
- Khajehei M., Doherty M. y Tilley P. J. M. (2015). An update on sexual function and dysfunction in women. *Archives of Womens Mental Health*, 18, 423-433.
- Kiguradze T., Temps W. H., Yarnold P. R., Cashy J., Brannigan R. E., Nardone B., Micali G., West D.P. y Belknap S. M. (2017). Persistent erectile dysfunction in men exposed to the 5 $\alpha$ -reductase inhibitors, finasteride, or dutasteride. *PeerJ*, 5.
- Kramer J. F. y Cameron D. C. (1975). Manual sobre dependencia de las drogas. Ginebra, Suiza: OMS.
- López, F. (1995). *La educación sexual de adolescentes y jóvenes*. Madrid, España: Siglo XXI.
- López, F. (2005). *La educación sexual*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Masters, W. H. y Johnson, V. E. (1970). *Human Sexual Inadequacy*. Toronto, USA: Bantam Books.
- Mestre, M. (2002). Proyecto Amigo en Castellón. Estudio sobre disfunciones y consumo de drogas. *Archivos de Proyecto Hombre Castellón*. (Sin publicar).
- OMS, Organización Mundial de la Salud (1992). CIE-10. *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid, España: Meditor.
- OMS, Organización Mundial de la Salud (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva*. Recuperado de <https://www.who.int>.
- Ortega A. J. (2007). Estrés y sexualidad: un programa de intervención. *Revista Internacional de Andrología*, 5(3), 238-240.

- Paz M., Saiz P. A., Fonseca E., Al-Halabi S., Bobes-Bascaran M. T., Arrojo M., ...Bobes J. (2011). Psychometric Properties of the Spanish Version of the Changes in Sexual Functioning Questionnaire Short-Form (CSFQ-14) in Patients with Severe Mental Disorders. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 1371–1382.
- Pérez, F. (2011). *Estudios sobre adicciones. Perfiles de drogodependientes y eficacia del tratamiento en Proyecto Hombre Burgos*. Burgos: Publicaciones de la Excma. Diputación Provincial de Burgos.
- Perez, F. y Mestre, M. (2016). *Drogodependencias y sexualidad*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Pérez, F., Mestre, M. y del Río, F. J. (2012). Cómo afectan las diferentes sustancias a la sexualidad. *Adicción y ciencia*, 2(2), 1-13.
- Pérez M., Borrás J. J., Sánchez F. y Casaubón A. (2006). *Sexo y salud. Una guía para acercarse a la sexualidad*. Elorrio, España: Eroski publicaciones.
- Phala A. y Esteves M. F. (2002). A study of the sexuality of opiate addicts. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28, 427-437.
- Polster E. y Polster M. (2001). *Terapia gestáltica, 5.ª ed.* Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.
- Prabhakaran D. Nisha A. y Varghese P. (2018). Prevalence and correlates of sexual dysfunction in male patients with alcohol dependence syndrome: A cross-sectional study. *Indian Journal of Psychiatry*, 60, 71-77.
- Sathyanarayana T. S., Maheshwari S., George M., Chandran S., Manohar S., Rao S. S. (2018). Psychosocial interventions for sexual dysfunction in addictive disorders. *Indian Journal of Psychiatry*, 60, 506-509.
- Soulinac R., Waber L. y Khazaal Y. (2011). Sexologies (2011). Sexuality and addictions: Narrations for links and meanings. *Sexologies*, 20, 100-101.
- Usandizaga, J.A. (1990): Bases anatómicas y fisiológicas de la sexualidad humana. Madrid: UNED-Fundación Universidad y Empresa.
- Zaazaa A., Bella A. J. y Shamloul R. (2013). Drug addiction and sexual dysfunction. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 42(3), 585–592.



## 6. Apéndices

### Apéndice A

Cuestionario ad hoc.

De lo hablado hoy durante la sesión...																				
1. ¿Qué ha sido lo más importante para ti?																				
2. ¿Para qué te ha servido?																				
3. A continuación, haz una valoración general del taller:																				
<table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr></table>											1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											
Nada beneficioso <span style="float: right;">Muy beneficioso</span>																				
4. Por último, puedes escribir cualquier comentario o sugerencia para mejorar el taller.																				

## Apéndice B

### CSFQ-14 para mujeres.

1. Comparado con la vez más placentera de su vida, ¿Cuánto disfrute o placer en su vida sexual experimenta ahora?  
1 Ningún disfrute o placer  
2 Poco disfrute o placer  
3 Algo de disfrute o placer  
4 Mucho disfrute o placer  
5 Muchísimo disfrute o placer
2. ¿Con qué frecuencia mantiene actividad sexual (coito, masturbación) actualmente?  
1 Nunca  
2 Rara vez (menos de 1 vez al mes)  
3 A veces (1 vez al mes pero menos de 2 veces/semana)  
4 A menudo (2 veces/semana o más)  
5 Diariamente
3. ¿Con qué frecuencia desea mantener actividad sexual?  
1 Nunca  
2 Rara vez (menos de 1 vez al mes)  
3 A veces (1 vez al mes pero menos de 2 veces/semana)  
4 A menudo (2 veces/semana o más)  
5 Diariamente
4. ¿Con qué frecuencia se entretiene con pensamientos sexuales (pensando en hacer el amor, fantasías sexuales) ahora?  
1 Nunca  
2 Rara vez (menos de 1 vez al mes)  
3 A veces (1 vez al mes pero menos de 2 veces/semana)  
4 A menudo (2 veces/semana o más)  
5 Diariamente
5. ¿Disfruta con libros, películas, música o arte con contenido sexual?  
1 Nunca  
2 Rara vez (menos de 1 vez al mes)  
3 A veces (1 vez al mes pero menos de 2 veces/semana)  
4 A menudo (2 veces/semana o más)  
5 Diariamente
6. ¿Cuánto placer o disfrute obtiene de pensar y fantasear acerca del sexo?  
1 Ningún disfrute o placer  
2 Poco disfrute o placer  
3 Algo de disfrute o placer  
4 Mucho disfrute o placer  
5 Muchísimo disfrute o placer
7. ¿Con qué frecuencia se encuentra excitada sexualmente?  
1 Nunca  
2 Rara vez (menos de 1 vez al mes)  
3 A veces (1 vez al mes pero menos de 2 veces/semana)  
4 A menudo (2 veces/semana o más)  
5 Diariamente
8. ¿Se excita fácilmente?  
1 Nunca  
2 Rara vez (la minoría de las veces)  
3 A veces (la mitad de las veces)  
4 A menudo (la mayoría de las veces)  
5 Siempre
9. ¿Tiene lubricación vaginal adecuada durante la actividad sexual?  
1 Nunca  
2 Rara vez (la minoría de las veces)  
3 A veces (la mitad de las veces)  
4 A menudo (la mayoría de las veces)  
5 Siempre
10. ¿Con qué frecuencia llega a la excitación y luego pierde interés?  
1 Nunca  
2 Rara vez (la minoría de las veces)  
3 A veces (la mitad de las veces)  
4 A menudo (la mayoría de las veces)  
5 Siempre
11. ¿Con qué frecuencia tiene un orgasmo?  
1 Nunca  
2 Rara vez (menos de 1 vez al mes)  
3 A veces (1 vez al mes pero menos de 2 veces/semana)  
4 A menudo (2 veces/semana o más)  
5 Diariamente
12. ¿Es capaz de alcanzar el orgasmo cuando quiere?  
1 Nunca  
2 Rara vez (la minoría de las veces)  
3 A veces (la mitad de las veces)  
4 A menudo (la mayoría de las veces)  
5 Siempre
13. ¿Cuánto placer o disfrute obtiene en sus orgasmos?  
1 Nunca  
2 Rara vez (la minoría de las veces)  
3 A veces (la mitad de las veces)  
4 A menudo (la mayoría de las veces)  
5 Siempre
14. ¿Con qué frecuencia tiene un orgasmo doloroso?  
1 Nunca  
2 Rara vez (la minoría de las veces)  
3 A veces (la mitad de las veces)  
4 A menudo (la mayoría de las veces)  
5 Siempre

## Apéndice C

### CSFQ-14 para hombres.

1. Comparado con la vez más placentera de su vida, ¿Cuánto disfrute o placer en su vida sexual experimenta ahora?  
1 Ningún disfrute o placer  
2 Poco disfrute o placer  
3 Algo de disfrute o placer  
5 Mucho disfrute o placer  
5 Muchísimo disfrute o placer
2. ¿Con qué frecuencia mantiene actividad sexual (coito, masturbación) actualmente?  
1 Nunca  
2 Rara vez (menos de 1 vez al mes)  
3 A veces (1 vez al mes pero menos de 2 veces/semana)  
4 A menudo (2 veces/semana o más)  
5 Diariamente
3. ¿Con qué frecuencia desea mantener actividad sexual?  
1 Nunca  
2 Rara vez (menos de 1 vez al mes)  
3 A veces (1 vez al mes pero menos de 2 veces/semana)  
4 A menudo (2 veces/semana o más)  
5 Diariamente
4. ¿Con qué frecuencia se entretiene con pensamientos sexuales (pensando en hacer el amor, fantasías sexuales) ahora?  
1 Nunca  
2 Rara vez (menos de 1 vez al mes)  
3 A veces (1 vez al mes pero menos de 2 veces/semana)  
4 A menudo (2 veces/semana o más)  
5 Diariamente
5. ¿Disfruta con libros, películas, música o arte con contenido sexual?  
1 Nunca  
2 Rara vez (menos de 1 vez al mes)  
3 A veces (1 vez al mes pero menos de 2 veces/semana)  
4 A menudo (2 veces/semana o más)  
5 Diariamente
6. ¿Cuánto placer o disfrute obtiene de pensar y fantasear acerca del sexo?  
1 Ningún disfrute o placer  
2 Poco disfrute o placer  
3 Algo de disfrute o placer  
4 Mucho disfrute o placer  
5 Muchísimo disfrute o placer
7. ¿Con qué frecuencia tiene una erección?  
1 Nunca  
2 Rara vez (menos de 1 vez al mes)  
3 A veces (1 vez al mes pero menos de 2 veces/semana)  
4 A menudo (2 veces/semana o más)  
5 Diariamente
8. ¿Alcanza una erección fácilmente?  
1 Nunca  
2 Rara vez (la minoría de las veces)  
3 A veces (la mitad de las veces)  
4 A menudo (la mayoría de las veces)  
5 Siempre
9. ¿Es capaz de mantener una erección?  
1 Nunca  
2 Rara vez (la minoría de las veces)  
3 A veces (la mitad de las veces)  
4 A menudo (la mayoría de las veces)  
5 Siempre
10. ¿Con qué frecuencia experimenta erecciones dolorosas y prolongadas?  
1 Nunca  
2 Rara vez (la minoría de las veces)  
3 A veces (la mitad de las veces)  
4 A menudo (la mayoría de las veces)  
5 Siempre
11. ¿Con qué frecuencia tiene una eyaculación?  
1 Nunca  
2 Rara vez (menos de 1 vez al mes)  
3 A veces (1 vez al mes pero menos de 2 veces/semana)  
4 A menudo (2 veces/semana o más)  
5 Diariamente
12. ¿Es capaz de eyacular cuando quiere?  
1 Nunca  
2 Rara vez (la minoría de las veces)  
3 A veces (la mitad de las veces)  
4 A menudo (la mayoría de las veces)  
5 Siempre
13. ¿Cuánto placer o disfrute obtiene en sus orgasmos?  
1 Nunca  
2 Rara vez (la minoría de las veces)  
3 A veces (la mitad de las veces)  
4 A menudo (la mayoría de las veces)  
5 Siempre
14. ¿Con qué frecuencia tiene un orgasmo doloroso?  
1 Nunca  
2 Rara vez (menos de 1 vez al mes)  
3 A veces (1 vez al mes pero menos de 2 veces/semana)  
4 A menudo (2 veces/semana o más)  
5 Diariamente

## Apéndice D

### Encuesta Revisada de Opinión Sexual (EROS)

Instrucciones: por favor, responda a cada una de las siguientes preguntas, con sinceridad. Marque con un círculo el número que mejor exprese su opinión o sentimiento, según su grado de acuerdo o desacuerdo.

1: Máximo desacuerdo. 7: Máximo acuerdo. No hay respuestas correctas o incorrectas.

	Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo			
1. Pienso que ver una película o leer un libro con contenido erótico/sexual podría ser entretenido.	1	2	3	4	5	6	7	
2. El material erótico (libros y/o películas) de contenido sexual es algo sucio y la gente no debería utilizarlo.	1	2	3	4	5	6	7	
3. Bañarse desnudo/a con una persona del mismo u otro sexo podría ser una experiencia excitante.	1	2	3	4	5	6	7	
4. La masturbación puede ser una experiencia excitante.	1	2	3	4	5	6	7	
5. Sería agobiante para mí que la gente pensara que tengo interés por el sexo oral.	1	2	3	4	5	6	7	
6. Me atrae la idea de participar en una experiencia sexual en grupo.	1	2	3	4	5	6	7	
7. Me resulta excitante pensar en tener una relación sexual con penetración.	1	2	3	4	5	6	7	
8. Me excitaría sexualmente viendo una película de contenido sexual.	1	2	3	4	5	6	7	
9. Pensar que puedo tener tendencias sexuales distintas a la de mi propia orientación no me resultaría del todo embarazoso.	1	2	3	4	5	6	7	
10. No me resulta incomoda la idea de sentir atracción física por personas de mi propio sexo.	1	2	3	4	5	6	7	
11. Casi todo el material erótico me produce incomodidad.	1	2	3	4	5	6	7	
12. Me sentiría emocionalmente mal viendo a alguien exhibirse públicamente.	1	2	3	4	5	6	7	
13. No sería una experiencia muy excitante ver a una persona desnuda.	1	2	3	4	5	6	7	
14. No me agradaría ver una película erótica.	1	2	3	4	5	6	7	
15. Me incomoda pensar que puedo ver una película en la que aparezca masturbándose una persona.	1	2	3	4	5	6	7	
16. Es muy excitante imaginar prácticas sexuales poco comunes.	1	2	3	4	5	6	7	
17. Probablemente sería una experiencia excitante acariciar mis propios genitales.	1	2	3	4	5	6	7	
18. No me agrada tener sueños sexuales.	1	2	3	4	5	6	7	
19. No siento ninguna curiosidad por el material de contenido sexual (libros, revistas, películas, videos).	1	2	3	4	5	6	7	
20. No me disgusta imaginar que tengo relaciones sexuales con más de una persona.	1	2	3	4	5	6	7	

## Apéndice E

### Escala de habilidades sociales (EHS)

A continuación, aparecen frases que describen diversas situaciones, se trata de que las lea muy atentamente y responda en qué medida se identifica o no con cada una de ellas, si le describe o no. No hay respuestas correctas ni incorrectas, lo importante es que responda con la máxima sinceridad posible.

Para responder utilice la siguiente clave:

A = No me identifico, en la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría.

B = No tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra

C = Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe así o me sienta así

D = Muy de acuerdo, me sentiría así o actuaría así en la mayoría de los casos

**Encierre con un círculo** la letra escogida a la derecha, en la misma línea donde está la frase que está respondiendo.

1. A veces evito hacer preguntas por miedo a ser estúpido	A B C D
2. Me cuesta telefonar a tiendas, oficinas, etc. para preguntar algo	A B C D
3. Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo.	A B C D
4. Cuando en una tienda atienden antes a alguien que entro después que yo, me quedo callado.	A B C D
5. Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto, paso un mal rato para decirle que "NO"	A B C D
6. A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que deje prestado.	A B C D
7. Si en un restaurante no me traen la comida como le había pedido, llamo al camarero y pido que me hagan de nuevo.	A B C D
8. A veces no sé qué decir a personas atractivas al sexo opuesto.	A B C D
9. Muchas veces cuando tengo que hacer un halago no sé qué decir.	A B C D
10. Tiendo a guardar mis opiniones a mí mismo	A B C D
11. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.	A B C D
12. Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle.	A B C D
13. Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso.	A B C D
14. Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho cortarla.	A B C D
15. Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo negarme.	A B C D
16. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal vuelto, regreso allí a pedir el cambio correcto.	A B C D

17. No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta.	A B C D
18. Si veo en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con él/ella.	A B C D
19. Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás.	A B C D
20. Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas de presentación a tener que pasar por entrevistas personales.	A B C D
21. Soy incapaz de regatear o pedir descuento al comprar algo.	A B C D
22. Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado.	A B C D
23. Nunca se cómo "cortar" a un amigo que habla mucho.	A B C D
24. Cuando decido que no me apetece volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión.	A B C D
25. Si un amigo al que he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.	A B C D
26. Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor.	A B C D
27. Soy incapaz de pedir a alguien una cita.	A B C D
28. Me siento turbado o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que le gusta algo de mi físico.	A B C D
29. Me cuesta expresar mi opinión cuando estoy en grupo.	A B C D
30. Cuando alguien se me "cuela" en una fila hago como si no me diera cuenta.	A B C D
31. Me cuesta mucho expresar mi ira, cólera, o enfado hacia el otro sexo aunque tenga motivos justificados.	A B C D
32. Muchas veces prefiero callarme o "quitarme de en medio" para evitar problemas con otras personas.	A B C D
33. Hay veces que no se negarme con alguien que no me apetece pero que me llama varias veces.	A B C D
TOTAL	

## Apéndice F

Cita de *Ética para amador* de Fernando Savater.

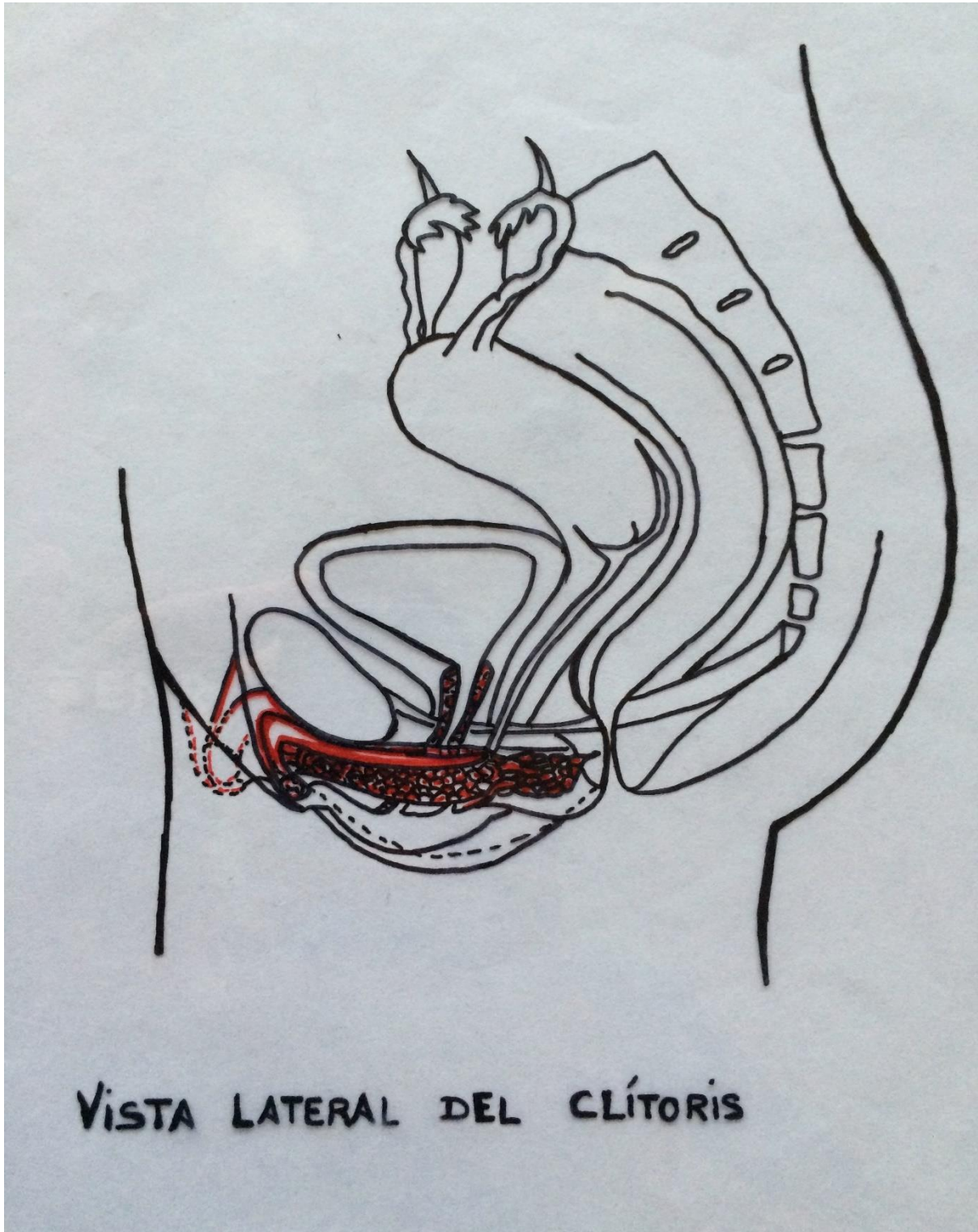
Es paradójico que sean los que ven algo de «malo» o al menos de «turbio» en el sexo quienes dicen que dedicarse con demasiado entusiasmo a él animaliza al hombre. La verdad es que son precisamente los animales quienes sólo emplean el sexo para procrear, lo mismo que sólo utilizan la comida para alimentarse o el ejercicio físico para conservar la salud; los humanos, en cambio, hemos inventado el erotismo, la gastronomía y el atletismo. El sexo es un mecanismo de reproducción para los hombres, como también para los ciervos y los besugos; pero en los hombres produce otros muchos efectos, por ejemplo, la poesía lírica y la institución matrimonial, que ni los ciervos ni los besugos conocen (no sé si por desgracia o por suerte para ellos). Cuanto más se separa el sexo de la simple procreación, menos animal y más humano resulta.

### PREGUNTAS:

- ¿Qué crees que el autor quiere reflejar en este texto?
- ¿Para qué más sirve el sexo que aparte de la procreación?
- ¿Realizamos sexo de forma instintiva como los animales?
- ¿Qué caracteriza nuestra sexualidad?
- ¿Tenemos todos y todas la misma sexualidad?

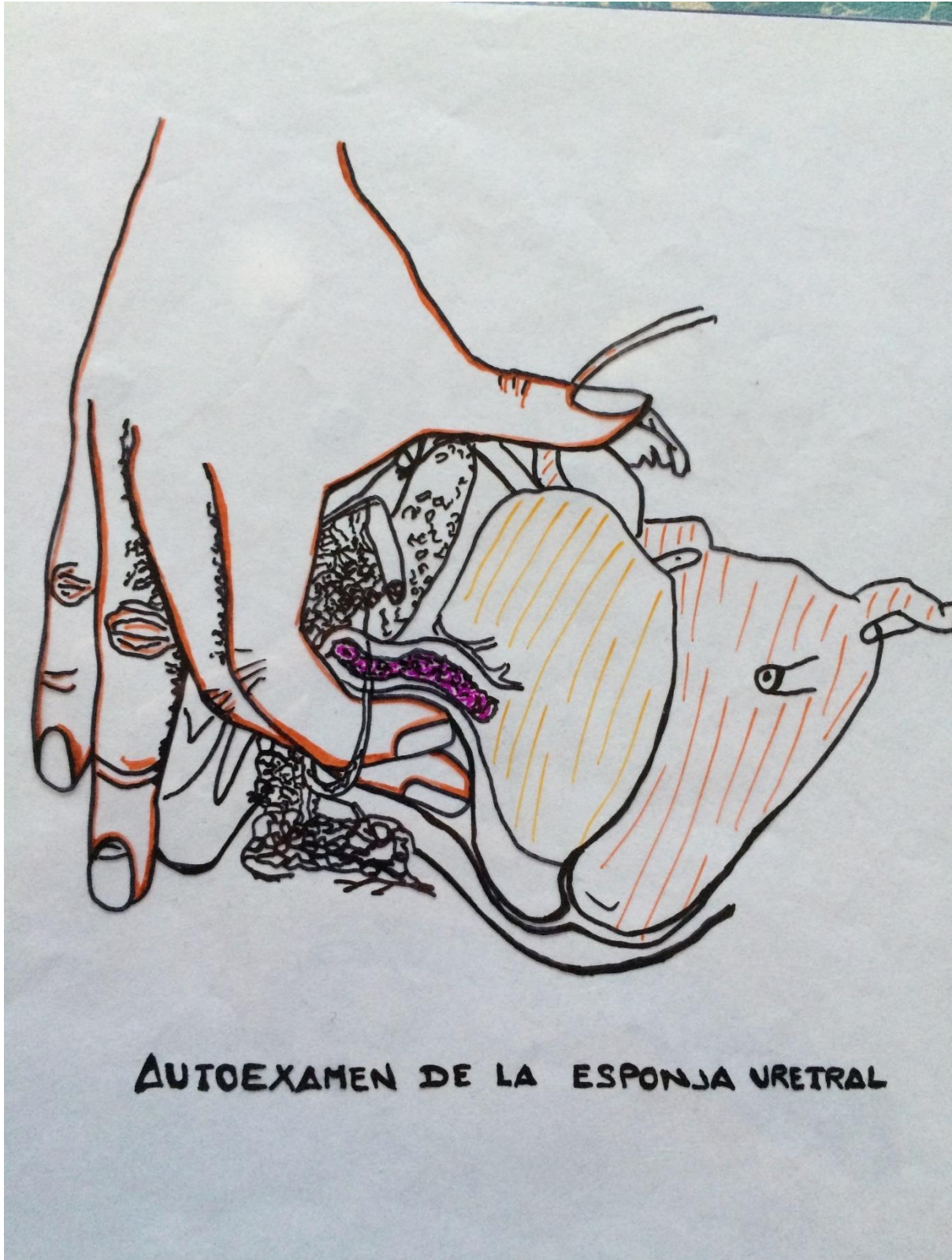
## Apéndice G

(Usandizaga, 1990)

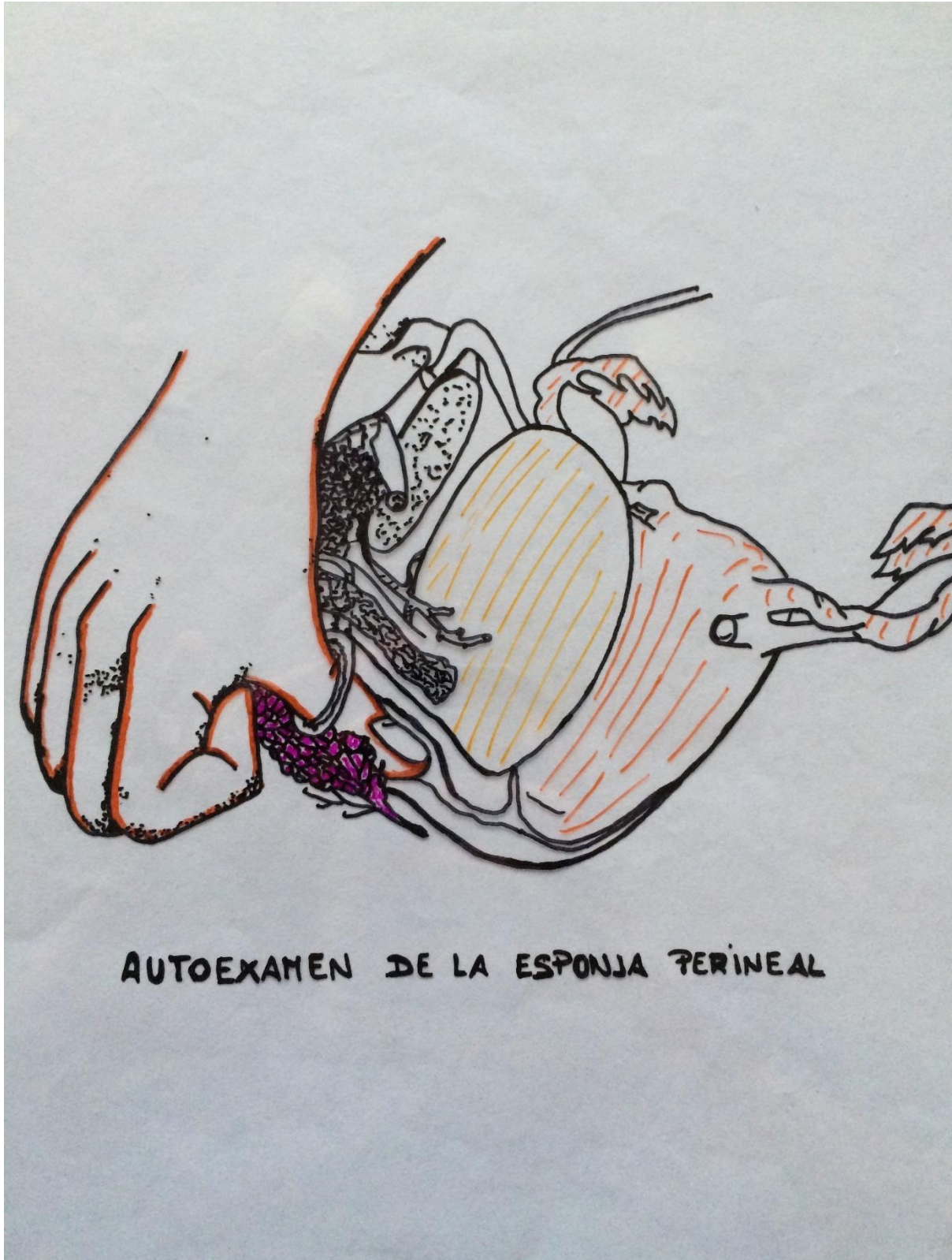




(Usandizaga, 1990)

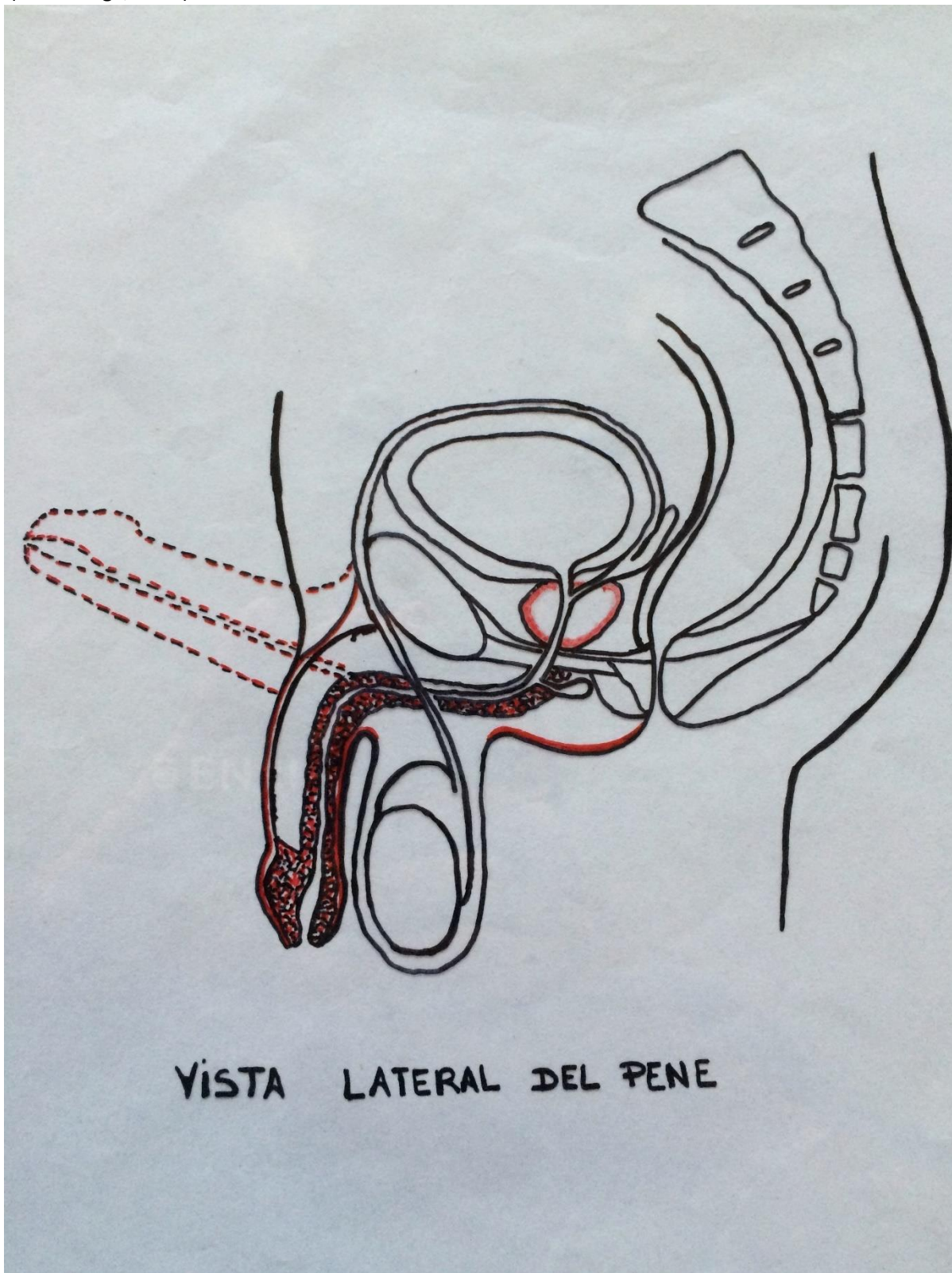


(Usandizaga, 1990)



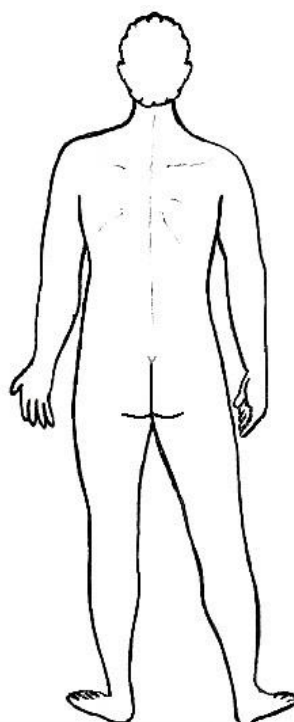
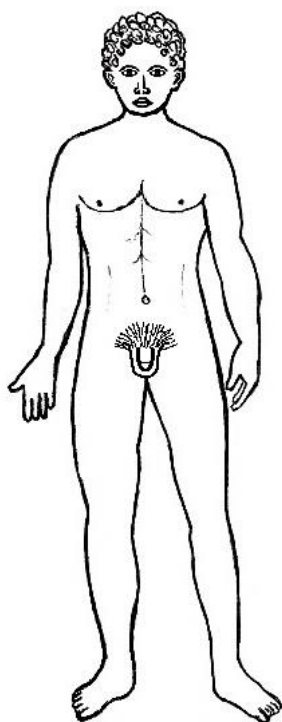


(Usandizaga, 1990)

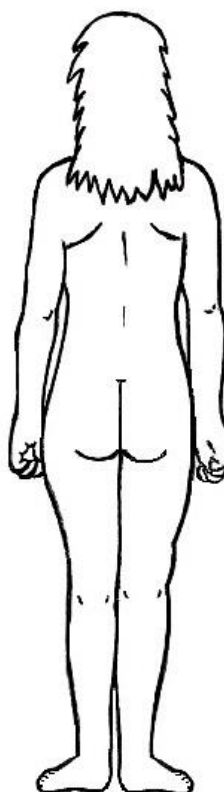
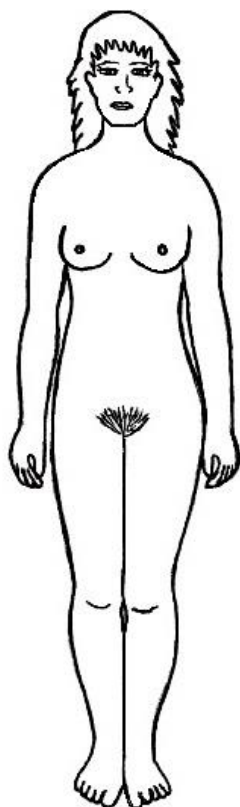


## Apéndice H

MASCULINO



FEMENINO



## Apéndice I

Mecanismo o trampa	Definición	Ejemplos
Hipergeneralización	Sacar conclusiones generales incorrectas de un hecho o detalle concreto.	“Nunca lo conseguiré” “No caigo bien a nadie”
Filtrado negativo	Ver las cosas fijándose sólo en lo negativo.	“Que mal, me tropecé de camino al restaurante y luego casi le mojo con la cerveza”
Pensamiento polarizado	Ver las cosas como enteramente buenas o enteramente malas, sin posturas intermedias.	“Ha sido un fracaso” “Fue perfecto”
Autoacusación	Tendencia a sentirse culpable de todo, sea responsable o no.	“Seguro que fue culpa mía” “Siempre lo estropeo todo”
Autoetiquetación	Atribuirnos una etiqueta negativa para explicar los hechos.	“Soy tonto” “Soy un desastre”
Anticipaciones negativas	Cuando nos anticipamos al futuro de forma negativa.	“Va a salir mal” “Seguro que me vuelve a pasar”
Personalización	Es creer que todas las cosas que ocurren tienen que ver conmigo.	“Seguro que están hablando de mí”
Lectura de mente	Creer que conocemos lo que piensa la gente.	“Las/os demás piensan que no valgo nada”
Deberías	Mantener reglas rígidas sobre cómo tienen que ser las cosas y no tolerar una desviación.	“Se hace así porque así ha sido siempre” “Si no lo hace así es porque no me quiere”

Situación	Mecanismo	Pensamiento alternativo
He pedido salir a un/a chico/a y me ha dicho que no. No le gusto a nadie.		
Para una vez que voy a tener sexo, no se me levanta el pene. Soy un gafe, lo estropeo todo.		
Hace mucho tiempo que no consigo llegar al orgasmo y por más que quiera nunca conseguiré alcanzarlo.		
Una chica atractiva, tiene una nariz aguileña. Dice de sí misma: “Soy fea”.		
Me he acostado con dos chicos esta semana, la gente piensa que soy una guarra.		
En una fiesta ves a un grupo de gente que se ríe. Piensas: “Seguro que se ríen de mí”		
Pienso que una pareja funciona realmente bien cuando hacen las cosas siempre juntos/as, pero mi mujer no comparte esa idea... ¡me huelo lo peor!		

## **Apéndice J**

- 5 bragas/calzoncillos
- Mudas de ropa
- Radio
- 10 litros de agua
- Cerillas
- Cazos y sartenes
- Una pala
- Papel higiénico
- Una mochila
- Una tienda de campaña
- Dos sacos de dormir
- Un cuchillo
- Una balsa
- Crema protectora
- Linterna
- Camping gas
- Bengalas
- Comida para 5 días
- Mapa
- Brújula
- Un paquete de preservativos
- Botiquín
- Zapatillas
- Una silla
- Libros
- Móvil sin internet
- Una sábana y una manta
- Repelente de mosquitos

## Apéndice K

Estilos de respuesta.

RESPUESTA ASERTIVA	RESPUESTA PASIVA	RESPUESTA AGRESIVA
<p><i>A NIVEL VERBAL</i>            “Me siento ... cuando te comportas ...” (hechos),            “Yo creo, yo pienso, yo me siento...” (primera persona),            “Comprendo que tú.... pero yo...”,            “¿Tú qué opinas?”,            “A mí me gustaría...”.            Verbalizaciones positivas, validación de los sentimientos del otro.</p> <p><i>A NIVEL NO VERBAL</i>            Mantenimiento de la mirada, tono de voz firme pero no elevado, postura corporal erecta, movimientos corporales serenos, asentimientos hacia los argumentos de los demás.</p> <p><i>CONSECUENCIAS</i>  <i>A CORTO PLAZO</i>: La persona puede recibir críticas (sobre todo si la otra persona usa un estilo de respuesta agresivo) e incluso ser tachado de egoísta e incomprensivo.  <i>A LARGO PLAZO</i>: La persona se sentirá bien consigo mismo, puesto que habrá conseguido actuar de acuerdo con sus principios, y resolverá el conflicto.</p>	<p><i>A NIVEL VERBAL</i>:            “No importa”,            “Como tú prefieras”,            “Bueno...”,            “¿Te enfadas si...?”,            “¿Te molestaría mucho que...?”</p> <p><i>A NIVEL NO VERBAL</i>            Desviación de la mirada, titubear, bajar el tono de voz, postura corporal de indefensión, expresión facial de miedo y/o duda, movimientos corporales nerviosos...</p> <p><i>CONSECUENCIAS</i>  <i>A CORTO PLAZO</i>: Evitación de enfrentamiento y posibles desacuerdos.  <i>A LARGO PLAZO</i>: Sensación de vacío, tristeza, evaluación de sí misma/o negativa, dependencia de los demás, desconfianza, impotencia, rencor, falta de control, sensación de ser manipulado/a, rabia hacia sí mismo/a o hacia los demás.</p>	<p><i>A NIVEL VERBAL</i>            “Por tu culpa...”, “Más te vale...”, críticas en segunda persona (“Eres...”, “Pareces...”, etc),            “Deberías”, “Tienes que”.            Invalidación de los sentimientos del otro, verbalizaciones negativas hacia su persona, anotaciones sarcásticas y/o humillantes.</p> <p><i>A NIVEL NO VERBAL</i>            Mirada fija y amenazante, tono de voz elevado, postura corporal tensa, gestos enérgicos y amenazantes, habla rápida.</p> <p><i>CONSECUENCIAS</i>  <i>A CORTO PLAZO</i>: Crea conflicto, no llega a acuerdos, puede herir sentimientos, sensación de poder y superioridad, ira y ansiedad.  <i>A LARGO PLAZO</i>: Culpa, remordimiento, soledad, tensión en las relaciones personales, frustración, pérdida de personas importantes, sentirse rechazado.</p>



## **Apéndice L**

### **Micromachismos**

*1. No participación en lo doméstico*, basada en la creencia que lo doméstico es femenino y lo público masculino.

*2. Intimidación*. Da indicios de que si no se le obedece, algo podrá pasar. La mirada, el tono de voz, la postura y cualquier otro indicador verbal o gestual pueden servir para atemorizar.

*3. Insistencia abusiva*, consiste en obtener lo que se quiere por insistencia inagotable, con agotamiento de la mujer que se cansa de mantener su propia opinión, y al final acepta lo impuesto a cambio de un poco de paz.

*4. Terrorismo misógino*. Comentarios descalificadores repentinos y sorprendidos, realizados generalmente en el ámbito público, que dejan indefensa a la mujer. Producen confusión y desorientación. Utilizan la ridiculización, la sospecha, la agresión y la culpabilidad.

*5. Enfurruñamiento*: Acusación culposa no verbal frente a acciones que no le gustan al varón, pero a las cuales no se puede oponer con argumentos racionales.

*6. Hipercontrol*, consiste en aumentar el control sobre las actividades, tiempos o espacios de la mujer, frente al temor que el aumento real o relativo de poder de ella pueda dejarlo a él en un segundo lugar e inferiorizado.

## Apéndice M

Mitos sobre el amor.

1. Si quiero a alguien tengo que contárselo todo
2. El amor es la única cosa necesaria en una relación de entre dos personas.
3. La sexualidad es el aspecto más importante de una relación de amor. Si quiero a alguien debo acostarme con él cuando me lo pida.
4. Los celos son una prueba fuerte de amor.
5. “Quien bien te ama te hará sufrir”.
6. Las chicas y los chicos ya somos iguales.
7. Cuando quiero a alguien debo hacer todo lo que me pida.
8. Una persona puede cambiar por amor.

### Argumentos para cada frase

1. Aunque sea tu pareja, no tienes por qué contárselo todo, ambos tenéis vuestro espacio privado que debéis respetar, si queréis sentirnos libres en la relación. No debéis olvidar que “la libertad no es algo que te dan, es algo que se ejerce”.
2. En una relación de pareja, una persona nunca puede cubrir todas las necesidades de la otra, Hay muchos espacios de tu vida donde existen otras personas que también son importantes e imprescindibles.
3. Las relaciones sexuales no son expresión de amor hacia la otra persona, sino deseos propios y consensuados. Porque alguien sea tu pareja no tienes ninguna obligación de acostarte con ella cuando esta quiera, ni tampoco de tener relaciones sexuales que no te agraden o desees en ese momento. En una relación de pareja libre, la sexualidad no es una obligación.
4. Los celos significan inseguridad, desconfianza, poca autoestima y posesión de la otra persona.
5. Si mantienes una relación de pareja con alguien es para ser feliz, si alguien te hace infeliz, algo no funciona...
6. En muchos aspectos de la vida los chicos y las chicas siguen sin ser iguales. Los chicos, por el hecho de serlo, siguen teniendo algunos privilegios (tareas domésticas y de cuidados, el mundo laboral, costumbres sociales, uso del tiempo libre...).
7. Querer a alguien no conlleva estar obligada a hacer lo que sea para complacer a la otra persona. Es necesario respetar las decisiones personales y libres de ambos. El amor no es entrega incondicional, eso sería sumisión.
8. Nadie cambia por amor, cambia o evoluciona por deseo propio y no por satisfacer a otra persona. El que una persona cambie, no es tu tarea, sino la de ella misma. Y por supuesto tú no debes supeditar tu felicidad a que esos cambios se produzcan o no.